



Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano di Torino

**PRESIDIO OSPEDALIERO
"UMBERTO I di TORINO"**

**TABELLA SINOTTICA
DEGLI OBIETTIVI**

2013 - 2015

INDICE

Assistenza Ospedaliera	
Appropriatezza prescrittiva	Pag.
Assistenza collettiva	Pag.
Sviluppo della Qualità	Pag.
Tutela della salute di operatori e pazienti	Pag.

ARGOMENTO	Assistenza ospedaliera - Sviluppo appropriatezza
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei DRG Ricoveri Ordinari Chirurgici a rischio di inappropriatezza a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	Riduzione dei DRG ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriatezza
INDICATORE	Numeratore: DRG ricoveri ordinari chirurgici > 1 gg a rischio di inappropriatezza prodotti nell'anno 2012 Denominatore: totale dei ricoveri chirurgici nell'anno 2012 più prestazioni a pacchetto per ciascun DRG
OSSERVATO 2012	Permangono inappropriati: DRG 377 (post-partum e post-aborto..), 162 e 160 (ernia inguinale senza cc e con cc) 158 (int. su ano e stoma), 008 (int. nn. Periferici e cranici), 339 e 340 (int. Testicolo,..). (VEDERE TABELLA)
ATTESO 2013	Percentuale dei ricoveri ordinari chirurgici a rischio di inappropriatezza inferiore a media regionale
STRUTTURE	ostetricia e ginecologia, chirurgia oncologica, ortopedia, urologia.

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre il tempo di degenza pre-intervento delle fratture di femore
OBIETTIVO SPECIFICO	Degenza pre-intervento per le fratture di femore inferiore a due giorni dall'ammissione in almeno il 70% dei casi
INDICATORE	Numeratore: numero interventi per riduzione della frattura dell'anca (codice diagnosi principale 820.xx, e codice intervento uno dei seguenti 79.15, 79.35, 81.51, 81.52) con degenza pre-intervento \leq a due giorni anno 2013 Denominatore: numero interventi per riduzione della frattura dell'anca (codice diagnosi principale 820.xx, e codice intervento 79.15, 79.35, 81.51, 81.52) anno 2013
OSSERVATO 2012	49,46% dei pazienti meno di 2 gg, 81% meno di 4 gg 88% meno di 5 gg
ATTESO REGIONALE	$\geq 80\%$
ATTESO 2013	Percentuale delle fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione $\geq 60\%$ e il 90% entro 5 gg
ATTESO 2014	Percentuale delle fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione $\geq 70\%$ e il 90% entro 4 gg
STRUTTURE	ortopedia

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre il numero di interventi di colecistectomia laparoscopica in regime di ricovero ordinario
OBIETTIVO SPECIFICO	Riduzione dei ricoveri ordinari per intervento di colecistectomia laparoscopica
INDICATORE	Numeratore: numero colecistectomie laparoscopiche in day surgery anno 2013 Denominatore: totale colecistectomie laparoscopiche anno 2013 escludendo dal calcolo le urgenze e i pz con intervento a più di 72 ore dal ricovero o trasferiti da altro reparto,
OSSERVATO 2012	49,07%
OSSERVATO 2012	58,99% calcolato come per 2013
ATTESO REGIONALE	≥ 70 %
ATTESO 2013	≥ 60 %
ATTESO 2014	≥ 70 %
STRUTTURE	Chirurgia

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Circolare 07.07.2009 Precisazioni alla DGR n. 10-11303 del 27.04.2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	Contenimento del numero di parti cesarei
INDICATORE	1. Numeratore: parti cesarei in classe Robson I (primipare, parto a termine, bambino in posizione vertice, parto non gemellare, travaglio spontaneo). Denominatore: totale parti in classe Robson I 2. Numeratore: n. parti cesarei. Denominatore: n. totale parti
OSSERVATO 2012	1. 14,72 % 2. 32,9%
ATTESO REGIONALE	1. ≤ 15 %
ATTESO 2013	1. ≤ 15% 2. ≤ 43%
STRUTTURE	Ginecologia e ostetricia

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	Contenimento delle giornate di degenza pre-intervento per ricoveri chirurgici programmati
INDICATORE	Numeratore: N° ricoveri con degenza preoperatoria <1gg (in elezione ed escludendo i pazienti provenienti da altre regioni o dall'estero) Denominatore: totale ricoveri chirurgici in elezione (escludendo i pazienti provenienti da altre regioni o dall'estero)
OSSERVATO 2012	Nessuna struttura ha raggiunto lo standard regionale del 100%, nemmeno escludendo dal calcolo i pz da fuori regione o stranieri. Raggiungono percentuali superiori al 90%, con entrambe le modalità di calcolo: ch. Tiroide, chir plastica, chir vascolare, ginecologia, ostetricia, ORL e urologia.
ATTESO 2012	100,00%
ATTESO 2013	100,00 %
ATTESO 2014	
STRUTTURE	Tutte quelle del dipartimento chirurgico, chirurgia vascolare e cardiocirurgia

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale n° 84-10526 del 29 dicembre 2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei tassi di ospedalizzazione a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	Trasformazione del regime assistenziale da day surgery ad ambulatoriale per l'erogazione delle prestazioni di interventi di: interventi sui vasi venosi extrasafenici degli arti inferiori, cataratta, tunnel carpale.
INDICATORE 1	% interventi di cataratta eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di cataratta (day surgery + ambulatoriale)
INDICATORE 2	% interventi di tunnel carpale eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di tunnel carpale (day surgery + ambulatoriale)
INDICATORE 3	% interventi di interventi sui vasi venosi extrasafenici arti inferiori vene eseguiti in regime ambulatoriale sul totale degli interventi di interventi sui vasi venosi extrasafenici arti inferiori (day surgery + ambulatoriale)
OSSERVATO 2012	Indicatore 1 = 48,95 % Indicatore 2 = 88,4% Indicatore 3 = 7,5%
ATTESO REGIONALE	Indicatore 1 \geq 60 % Indicatore 2 \geq 90 % Indicatore 3 \geq 6 %
ATTESO 2013	Indicatore 1 \geq 60 % Indicatore 2 \geq 90 % Indicatore 3 \geq 6 %
STRUTTURE	Oculistica, chirurgia vascolare, ortopedia e chirurgia plastica

ARGOMENTO	Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero																																																								
PROBLEMA	Degenze medie di ricovero ordinario superiori a quelle attese per ciascun DRG																																																								
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2006, n. 28-2718 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Nota prot. n. 27431/DB2005 del 18/10/2011 Direzione Sanità Regione Piemonte " <i>gestione dei contatti di cura con i servizi sanitari per ridurre l'attività di ricovero a rischio di inappropriatezza</i> "																																																								
OBIETTIVO GENERALE	Riduzione delle giornate di degenza per i ricoveri ordinari per ciascun DRG																																																								
OBIETTIVO SPECIFICO	Riduzione delle giornate di degenza che supera i valori medi indicati dalla Regione Piemonte (allegato n°3) per il primo DRG in ordine di frequenza per ogni struttura, escludendo le giornate trascorse in Pronto Soccorso																																																								
INDICATORE	Indice di performance degenza media = Numeratore: giornate di degenza osservate meno giornate di degenza attesa (le giornate di degenza attese sono ottenute sommando i prodotti tra la degenza media regionale ciascun DRG e il numero di dimessi per lo stesso DRG) Denominatore: numero dimissioni																																																								
OSSERVATO 2012	Le DM complessive del DRG sono superiori all'atteso regionale per tutti, tranne la gastroenterologia (l'endocrinologia è superiore di pochissimo). Rimangono superiori per le due medicine, nefrologia e pneumologia. <table border="1" data-bbox="443 1198 1508 1512"> <thead> <tr> <th></th> <th>DRG</th> <th></th> <th>tot.gg cdc</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>296</td> <td>ENDOCRINOLOGIA DEGENZA</td> <td>740</td> <td>9.37</td> <td>10.39</td> <td>8.56</td> <td>10.2</td> </tr> <tr> <td>207</td> <td>GASTROENTEROLOGIA DEGENZA</td> <td>571</td> <td>6.01</td> <td>7.31</td> <td>4.20</td> <td>16.4</td> </tr> <tr> <td>127</td> <td>MED. GENERALE I DEGENZA</td> <td>1019</td> <td>11.99</td> <td>14.85</td> <td>13.50</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>127</td> <td>MED. GENERALE II DEGENZA</td> <td>1454</td> <td>11.92</td> <td>14.38</td> <td>10.90</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>316</td> <td>NEFROLOGIA DEGENZA</td> <td>775</td> <td>9.23</td> <td>10.75</td> <td>8.49</td> <td>6.9</td> </tr> <tr> <td>87</td> <td>PNEUMOLOGIA REPARTO DEGENZA</td> <td>1607</td> <td>9.80</td> <td>11.44</td> <td>10.50</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>REUMATOLOGIA DEGENZE</td> <td>254</td> <td>12.70</td> <td>14.40</td> <td>6.00</td> <td>13.1</td> </tr> </tbody> </table>		DRG		tot.gg cdc				296	ENDOCRINOLOGIA DEGENZA	740	9.37	10.39	8.56	10.2	207	GASTROENTEROLOGIA DEGENZA	571	6.01	7.31	4.20	16.4	127	MED. GENERALE I DEGENZA	1019	11.99	14.85	13.50	6.2	127	MED. GENERALE II DEGENZA	1454	11.92	14.38	10.90	6.2	316	NEFROLOGIA DEGENZA	775	9.23	10.75	8.49	6.9	87	PNEUMOLOGIA REPARTO DEGENZA	1607	9.80	11.44	10.50	7	240	REUMATOLOGIA DEGENZE	254	12.70	14.40	6.00	13.1
	DRG		tot.gg cdc																																																						
296	ENDOCRINOLOGIA DEGENZA	740	9.37	10.39	8.56	10.2																																																			
207	GASTROENTEROLOGIA DEGENZA	571	6.01	7.31	4.20	16.4																																																			
127	MED. GENERALE I DEGENZA	1019	11.99	14.85	13.50	6.2																																																			
127	MED. GENERALE II DEGENZA	1454	11.92	14.38	10.90	6.2																																																			
316	NEFROLOGIA DEGENZA	775	9.23	10.75	8.49	6.9																																																			
87	PNEUMOLOGIA REPARTO DEGENZA	1607	9.80	11.44	10.50	7																																																			
240	REUMATOLOGIA DEGENZE	254	12.70	14.40	6.00	13.1																																																			
ATTESO 2013	Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG																																																								
ATTESO 2014	Degenza media in giorni <=media regionale di riferimento per DRG																																																								
STRUTTURE	Tutto il dipartimento medico																																																								

ARGOMENTO	Assistenza Ospedaliera - Sviluppo appropriatezza - Efficienza di ricovero ospedaliero
PROBLEMA	Appropriatezza attività di ricovero
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011 Nota prot. n. 27431/DB2005 del 18/10/2011 Direzione Sanità Regione Piemonte <i>"gestione dei contatti di cura con i servizi sanitari per ridurre l'attività di ricovero a rischio di inappropriatezza"</i>
OBIETTIVO GENERALE	Ricondurre il valore dei DRG Ricoveri Medici a rischio di inappropriatezza a quelli previsti dalla programmazione regionale
OBIETTIVO SPECIFICO	Ridurre il numero di ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza (88, 73, 131,183, 184, 208, 241, 324, 332, 384,..)
INDICATORE	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza
ATTESO 2012	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza inferiore al 2011
OSSERVATO 2012	Risultano superiori al 2011 le percentuali di ricoveri medici a rischio di inappropriatezza delle seguenti strutture: cardiologia (DRG 88, 131, 139, 142, 332), chirurgia (DRG 183, 189, 206, 208, 411, 467), ematologia (DRG 399, 404), ostetricia (DRG 384, 467), SPDC (DRG 301, 426, 427, 429)
ATTESO 2013	N° ricoveri medici con DRG a rischio di inappropriatezza inferiore al 2012
STRUTTURE	Strutture complesse coinvolte: tutte le SC di degenza.

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011 Deliberazione della Giunta Regionale 33 - 5087 del 28 dicembre 2012
OBIETTIVO GENERALE	Trasformare i ricoveri finalizzati alla chemioterapia in regime ambulatoriale "a pacchetto"
OBIETTIVO SPECIFICO	Ridurre il numero di ricoveri con DRG 410
INDICATORE	Numeratore: n° prestazioni ambulatoriali con codice 99.25 Denominatore: n° prestazioni ambulatoriali con codice 99.25+ RO con DRG 410 + DH con DRG 410
ATTESO 2012	>= 60%
OSSERVATO 2012	Calcolato come previsto dall'obiettivo 2012 = 46,31 % Ginecologia = 27,53 % Ematologia = 51,87 % Oncologia = 54,50 %
INDICATORE 2013	Numeratore: n° prestazioni ambulatoriali "a pacchetto" con codice 99.25.4 e con codice 99.25.5 Denominatore: n° prestazioni ambulatoriali "a pacchetto" con codice 99.25.4 e 99.25.5 + giornate di ricovero ordinario con DRG 410 + accessi di DH con DRG 410
ATTESO 2013	>= 60%
STRUTTURE	Ginecologia, ematologia, oncologia

>= 6

RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008 Circolare 28.10.2008 Precisazioni alla DGR n. 1-8611 del 16.04.2008 Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010 Deliberazione della Giunta Regionale 4 - 2495 del 3 agosto 2011
OBIETTIVO GENERALE	Ridurre i ricoveri in regime di DH finalizzati alla sola diagnosi
OBIETTIVO SPECIFICO	Ridurre il numero di DH diagnostici
INDICATORE	% DH diagnostici (DH<=1 accesso, senza procedure/interventi, con procedure ambulatoriali)
OSSERVATO 2012	0,65 % (l'unica struttura che supera il 5 % previsto dalla regione è la SC di Cardiologia, prevalentemente per le coronarografie senza impianto di stent)
ATTESO 2013	< 5%
ATTESO REGIONALE	< 5%
STRUTTURE	Tutte le strutture con degenza

Interno

ARGOMENTO	Appropriatezza prescrittiva e contenimento costi
PROBLEMA	Appropriatezza prescrittiva di antibiotici e antifungini ed esami ad alto costo
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012.
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, contenimento costo farmaci ed esami alto costo
OBIETTIVO SPECIFICO	1. Ridurre l'utilizzo inappropriato dei farmaci, le resistenze ed il costo che ne deriva 2. Ridurre, nell'ambito del percorso del paziente oncologico, l'esecuzione di esami ad alto costo inappropriati in fase di pre ricovero
INDICATORI	1) % prescrizioni di antibiotici e antifungini appropriate ed eseguite previa consulenza infettivologica 2) Numero di richieste di TAC per pazienti del dipartimento effettuate in regime di pre ricovero
OSSERVATO 2012	1. indicatore non monitorato 2. numero richieste TAC =224
ATTESO 2013	1a) Produzione di report relativo all'analisi dell'appropriatezza delle richieste di antibiotici e antifungini e alla presenza di consulenza infettivologica, sulla base dell'analisi svolta dalla farmacista 1b) % superiore al 90% 2) Numero inferiore all'anno precedente
STRUTTURE	Tutte quelle del dipartimento chirurgico, Farmacia

ARGOMENTO	Assistenza ospedaliera – Percorsi Diagnostico Terapeutici-monitoraggio
PROBLEMA	Razionalizzazione percorso nascita
RIFERIMENTO	Obiettivo 16 PSSR 2007-10 (par. 4.5.3.3) - Allegato A DGR 34-8769 del 12-05-2008 Circolare 07.07.2009 Precisazioni alla DGR n. 10-11303 del 27.04.2009 DGR 38-11960 del 04-08-2009 Accordo Conferenza Stato Regioni del 16-12-2010 – Rep.Atti n.137 relativi al percorso nascita
OBIETTIVO GENERALE	Razionalizzazione organizzativa, qualitativa e quantitativa delle strutture in attuazione del Percorso Nascita dell'Azienda in applicazione delle linee guida regionali e delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.
OBIETTIVO SPECIFICO	Il Percorso Nascita aziendale costituirà il necessario sviluppo del percorso assistenziale definito a livello regionale e individuerà interventi efficaci, appropriati, sostenibili, "tracciabili" nei flussi; in quali servizi/strutture possano essere eseguiti; con quali professionalità; con quali indicatori di processo e di risultato, corredati dai valori di partenza e quali cui arrivare; la modalità di offerta attiva del "percorso" (informazione, coinvolgimento); con quali collegamenti con altre iniziative già attive in Regione e/o nell'Azienda; secondo quali modelli procedere per l'integrazione ospedale – territorio. Promuovere una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica
INDICATORE 2012	Progettazione AUDIT del percorso nascita aziendale edizione 2011, per ognuna delle fasi del percorso, valutando in particolare gli indicatori che presentano lo scostamento più critico e proponendo gli interventi per migliorare il risultato
ATTESO 2012	Evidenza documentale di progetto di AUDIT
OSSERVATO 2012	Presenza documento di progettazione AUDIT
ATTESO 2013	Realizzazione dell'AUDIT
STRUTTURE	Ginecologia e ostetricia, pediatria

ARGOMENTO	Assistenza ospedaliera – Percorsi Diagnostico Terapeutici- monitoraggio			
PROBLEMA	Gestione CAS e GIC			
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale n.25-15234 del 30 marzo 2005 D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 Deliberazione Commissariale n. 411 dell'8 giugno 2004 Deliberazione Aziendale n.451 del 05/07/2010			
OBIETTIVO GENERALE	I GIC collaborano e lavorano in modo integrato con il Centro Accoglienza Servizi, programmano le proprie attività, organizzano ed effettuano periodiche valutazioni dell'attività dello stesso GIC, sulla base dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali formalizzati a livello aziendale.			
OBIETTIVO SPECIFICO	I Gruppi Interdisciplinare Cure hanno l'obiettivo di I coordinatori dei G.I.C. promuovono l'elaborazione congiunta di percorsi di cura .. Il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) deve essere sistematicamente informato			
ATTESO 2012	1)Percorsi formalizzati per ogni GIC attivato e deliberato (evidenza documentale) 2)valore dei rapporti che si discostino di almeno il 20% in più rispetto al valore 2011			
OSSERVATO 2012 INDICATORE 1	Presenza di Percorsi formalizzati per ogni GIC attivato e deliberato			
OSSERVATO 2012 INDICATORE 2	Invio al CAS dei pazienti che hanno necessità di effettuare una stadiazione:			
	A	2011	2012	Valutaz.
		Paz con SSO/Paz dimessi con dg onco		Delta 20%in più
	CHIRURGIA DELLA TIROIDE DEGENZA	16,67%	0,00%	ONR
	C	2011	2012	Valutaz.
		Paz con SSO/Tot paz		Delta 20%in più
	EMATOLOGIA E TERAPIE CELL. AMBULATORIO	4,65%	3,92%	ONR
	EMATOLOGIA E TERAPIE CELLULARI D.H.	11,11%	5,97%	ONR
	GINECOLOGIA ONCOLOGICA AMBUL.	47,62%	40,00%	ONR
	GINECOLOGIA ONCOLOGICA DH	54,45%	52,17%	ONR
	ONCOLOGIA MEDICA AMBULATORIO	20,00%	30,81%	OR
	ONCOLOGIA MEDICA DH	18,56%	33,03%	OR
	D	2011	2012	Valutaz.
		Paz visita CAS/tot paz SSO		Delta 20%in più
	GINECOLOGIA AMBULATORI	1,63%	54,51%	OR
	CHIRURGIA DELLA TIROIDE AMBULATORIO	0,00%	0,00%	ONR
	EMATOLOGIA E TERAPIE CELL. AMBULATORIO	1,54%	0,00%	ONR
	ONCOLOGIA MEDICA AMBULATORIO	0,00%	0,45%	OR
	CHIRURGIA GEN. I AMBULATORIO	56,10%	32,57%	ONR
	GINECOLOGIA ONCOLOGICA AMBUL.	0,00%	0,00%	ONR
	ENDOCRINOLOGIA AMBULATORIO	0,00%	18,18%	OR
	UROLOGIA AMBULATORIO	26,59%	8,25%	ONR
	PNEUMOLOGIA AMBULATORIO	3,03%	21,43%	OR
	OTORINOLARINGOIATRIA AMBUL.	6,32%	9,73%	OR
INDICATORE 2013	Invio al CAS dei pazienti che hanno necessità di effettuare una stadiazione: a) ricoverati chirurgici: n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione con SSO (presi in carico dalla rete) / n° pazienti con diagnosi oncologica alla dimissione. Selezionare i pazienti con patologia oncologica come diagnosi principale, escludere i ricoveri ripetuti ed i deceduti. c) chemioterapie n° pazienti in trattamento con SSO /n° pazienti in trattamento d) numero pazienti con SSO e visita CAS/numero pazienti con SSO			
ATTESO 2013	valore dei rapporti che si discostino di almeno il 20% in più rispetto al valore 2012			

ARGOMENTO	Appropriatezza prescrittiva
PROBLEMA	Regolamentazione dell'attività prescrittiva
RIFERIMENTO	Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2008, n. 1-8611 Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010. Presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010 e degli obiettivi di riequilibrio economico-finanziario per l'anno 2008. Deliberazione della Giunta Regionale 10-11303 del 27 aprile 2009 Deliberazione della Giunta Regionale 10 - 75 del 17 maggio 2010
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE, INTEGRATIVA E PROTESICA -PSSR 2007-10- (par. 2.2.3) - Appropriatezza."...Il governo della domanda di servizi e prestazioni riguarda, (tra gli altri) ... i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza"
OBIETTIVO SPECIFICO	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo (sottoposti a monitoraggio dall'AIFA): compilazione dei relativi registri e invio delle richieste di rimborso (ove previsto)
INDICATORE	% di autorizzazioni alla somministrazione fornite e % richieste di rimborso inviate
ATTESO 2012	%>=95%
OSSERVATO 2012	per il periodo 01.01.2012 - 31.12.2012, le autorizzazioni alla somministrazione fornite e le richieste di rimborso inviate sono pari rispettivamente al 98% e al 100% in quanto il personale farmacista afferente all'UFA, confrontandosi quotidianamente con il clinico prescrittore monitora l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci soggetti al registro ONCO-Aifa ad ogni richiesta di prescrizione
ATTESO 2013	%>=95%
STRUTTURA	Farmacia

ARGOMENTO	Assistenza Collettiva - Donazione Organi
PROBLEMA	Incrementare il rapporto donatori di cornee/ decessi in ospedale
RIFERIMENTO	DGR n° 10-8746 del 12 maggio 2008 Consolidamento funzioni del Coordinamento locale dei prelievi: revisione dei criteri per il finanziamento alle Aziende Sanitarie Regionali
OBIETTIVO GENERALE	L'obiettivo regionale prevede che almeno il 4% di donatori di cornea sul totale dei decessi possano confluire nel programma di donazione di cornee
OBIETTIVO SPECIFICO	Sensibilizzare il personale medico e infermieristico dei reparti di ricovero, affinché venga prospettata sempre, in caso di decesso, la possibilità di donazione di cornee Applicare in tutti i casi di decesso presso il proprio reparto i criteri per la selezione dei donatori ed in caso di possibilità di donazione richiedere il consenso ai familiari
INDICATORE	% segnalazione di donatori e di donatori di cornee sul totale dei pazienti deceduti
OSSERVATO 2012	11,17 % (calcolato su deceduti con meno di 75 anni) 3,5 % (calcolato su tutti i deceduti)
ATTESO 2013	> 4%
STRUTTURE	Tutte quelle con degenza e il Pronto Soccorso

ARGOMENTO	Sviluppo della Qualità - Corretta gestione della documentazione
PROBLEMA	Rispetto dei tempi di consegna della copia della cartella clinica al paziente Corretta gestione e redazione della documentazione sanitaria. Completezza e leggibilità di referti
RIFERIMENTO	D.C.R. del 22.02.2000 n° 616-3149 Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997 Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e private. Deliberazione A.O. Mauriziano n. 867 del 12.12.2007 Linea Guida per la corretta compilazione e modalità di gestione, archiviazione, conservazione, accesso e rilascio della cartella clinica nelle strutture semplici e complesse di diagnosi e cura.
OBIETTIVO GENERALE	Applicazione delle linee guida aziendali sulla corretta redazione, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria. Incrementare la completezza e leggibilità di referti
OBIETTIVO SPECIFICO	1. Rispetto dei tempi di consegna della documentazione clinica agli uffici competenti per il rilascio della copia 2. I requisiti relativi alla corretta redazione della cartella clinica medica e infermieristica, indagati attraverso la verifica semestrale del 5% delle cartelle prodotte, sono soddisfatti 3. Utilizzo del programma informatico dedicato di refertazione per le visite anestesiolgiche
INDICATORI 2012	1) Numero di cartelle consegnate agli uffici competenti per il rilascio della copia al paziente entro i termini previsti (sette giorni dalla dimissione). 2) Percentuale di cartelle che soddisfano tutti i requisiti indagati, sul totale delle cartelle verificate. 3) % delle visite anestesiolgiche refertate attraverso il programma informatico dedicate
OSSERVATO 2012	1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti inferiori a quindici giorni dalla dimissione: Anestesia Generale e Cardiovascolare, Neurologia, Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia Generale, Medicina Nucleare, RRF. 2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati: Chirurgico 88%, Cardiovascolare 88%, Oncologico 89%, DEA 80%, Materno infantile 96%, Neurologicoriabilitativo 95%, Medico 90%. Tutti: 89 % 3) programma informatico dedicato non ancora disponibile, le equipe anestesiolgiche hanno collaborato alla sua predisposizione per quanto di loro competenza
INDICATORI 2013	1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti 2) Percentuale di cartelle che soddisfano tutti i requisiti indagati, sul totale delle cartelle verificate. 3) % delle visite anestesiolgiche refertate attraverso il programma informatico dedicate
ATTESO 2013	1) Tempi medi di consegna delle cartelle cliniche agli uffici competenti inferiori a quindici giorni dalla dimissione. 2) per almeno il 90% delle cartelle verificate saranno soddisfatti tutti i requisiti indagati 3) 60 % delle visite anestesiolgiche refertate attraverso il programma informatico dedicate
STRUTTURE	Tutte quelle con degenza

ARGOMENTO	Buon uso del sangue
RIFERIMENTO	
OBIETTIVO GENERALE	Garantire un buon uso del sangue e degli emoderivati in ospedale
OBIETTIVO SPECIFICO	Ottimizzare la richiesta di sangue ed emoderivati
INDICATORE 2012	n sacche trasfuse / numero di sacche richieste
OSSERVATO 2012	Chirurgico 72%, Cardiovascolare 61% , Oncologico 97%, DEA 87%, Maternoinfantile 64%, Neurologicoriabilitativo 83% , Medico 82%
ATTESO 2012	% superiore al riferimento per dipartimento: Chirurgico 70%, Cardiovascolare, 65%, Oncologico 95%, DEA 87%, Maternoinfantile 60%, Neurologicoriabilitativo 85%, Medico 85%
INDICATORE 2013	n sacche trasfuse / numero di sacche richieste Inoltre sarà monitorato il costo sacche restituite, non utilizzate e fatturate
ATTESO 2013	% superiore al riferimento per dipartimento: Chirurgico 70%, Cardiovascolare, 65%, Oncologico 95%, DEA 87%, Maternoinfantile 60%, Neurologicoriabilitativo 85%, Medico 85%
STRUTTURE	Tutte quelle con degenza ordinaria e di DH e il Pronto Soccorso

ARGOMENTO	Sviluppo del Sistema Gestione Qualità (SGQ)- Certificazione
PROBLEMA	Mantenere la certificazione della S.C. Laboratorio Analisi e integrare SGQ con il Sistema Aziendale degli Obiettivi Dipartimentali e di Struttura
RIFERIMENTO	ISO 9001:2008
OBIETTIVO GENERALE	Mantenere e migliorare il sistema di gestione della qualità già presente
OBIETTIVO SPECIFICO	Gestire le eventuali non conformità e raccomandazioni rilevate alla verifica di audit
INDICATORE	Mantenimento certificazione N° non conformità e raccomandazioni risolte / totale non conformità e raccomandazioni rilevate
OSSERVATO 2012	L'audit del 31 maggio 2012 della ditta Certiquality ha confermato la risoluzione sia della NC sia delle raccomandazioni dell'anno 2011. La certificazione (n°4669) è stata dunque confermata con rilascio del certificato in data 07.06.12.
ATTESO 2012	Risoluzione del 100% delle non conformità e raccomandazioni rilevate
ATTESO 2013	Risoluzione del 100% delle non conformità e raccomandazioni rilevate
ATTESO 2014	
STRUTTURE	Laboratorio analisi

ARGOMENTO	Governo clinico
PROBLEMA	Adesione alle attività del gruppo multidisciplinare
RIFERIMENTO	Raccomandazioni Ministero della Salute
OBIETTIVO GENERALE	Condivisione di strategie per il contenimento del rischio all'interno dell'Azienda
OBIETTIVO SPECIFICO	Organizzare un corso base sul rischio clinico e favorirne la partecipazione da parte degli operatori
INDICATORE	Effettuazione del corso Partecipazione di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC
ATTESO 2012	Espletamento del corso Partecipazione al corso di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC
OSSERVATO 2012	Il corso è stato effettuato in due edizioni per un numero di complessivo di 143 operatori; manca la componente medica di: Endocrinologia, Ematologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Chirurgia Generale, Oculistica, Oncologia, Medicina Nucleare, Ginecologia, Chirurgia Plastica, Urologia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia. Manca la componente infermieristica di: Pronto Soccorso, Odontostomatologia, Ortopedia
ATTESO 2013	Partecipazione al corso di almeno un medico e un infermiere/tecnico/... per SC

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione del rischio da movimentazione dei carichi e individuazione di modalità per il corretto recupero lavorativo degli operatori interessati dal problema
RIFERIMENTO	T.U. n. 81 del 9 aprile 2008
OBIETTIVO GENERALE	Ottimizzazione della prevenzione e controllo dei rischi e della patologia del rachide negli operatori sanitari addetti all'assistenza, attraverso: 1) Applicazione di diversi metodi presenti in letteratura per la valutazione del rischio, confronto dei risultati tra metodi e stima della rappresentatività dei risultati in termini di accuratezza e precisione di ciascuno. 2) Proiezione simulata degli interventi tecnici ed organizzativi teoricamente possibili ai fini della riduzione dei rischi. 3) Progettazione di un pacchetto formativo teorico-pratico agli operatori dell'assistenza, ripartiti in piccoli gruppi e programmati secondo priorità conseguenti all'entità del rischio presunto. 4) Valutazione e concertazione con la Direzione Sanitaria per la possibile introduzione di nuove modalità di prevenzione del rischio
OBIETTIVO SPECIFICO 1	Proseguimento effettuazione corsi di formazione e valutazione efficacia formativa corsi movimentazione pazienti
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Progettazione, realizzazione e valutazione di percorso sperimentale, finalizzato all'offerta di corso di back school calibrato per operatori che presentino sintomatologia lombo-sacrale.
INDICATORE 1	Numero operatori sanitari che frequentano i corsi movimentazione pazienti
INDICATORE 2	Numero operatori sanitari che frequentano i corsi back school
OSSERVATO 2011	Partecipanti corso n. 7924:19; n.7041:17; n. 8476 (5 edizioni): tot. 74
ATTESO 2011	Almeno il 55% degli operatori (di tutte le professioni sanitarie) ha partecipato al corso di formazione (indicatore 1) Proseguimento del progetto sperimentale e successiva valutazione (indicatore 2)
ATTESO 2012	Almeno il 75% degli operatori (di tutte le professioni sanitarie) ha partecipato al corso di formazione (indicatore 1) Proseguimento del progetto sperimentale ed evidenza di valutazione (indicatore 2)
OSSERVATO 2012	Indicatore 1) 432 operatori hanno <i>partecipato al corso di formazione</i> (rispetto ad un numero di circa 800 operatori destinatari risulta il 54%) Indicatore 2) è proseguito il progetto ed è stata fornita evidenza documentale della valutazione effettuata a fine anno.
ATTESO 2013	Almeno il 75% degli operatori (di tutte le professioni sanitarie) ha partecipato al corso di formazione (indicatore 1) Proseguimento del progetto sperimentale ed evidenza di valutazione (indicatore 2)
STRUTTURE	Medicina Preventiva e del Lavoro e S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	Sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico e dell'applicazione dei "bundle" INTERVENTI COLON INTERVENTI PROTESI D'ANCA
INDICATORE	(Indicatore n° 8 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Numeratore: numero di infezioni del sito chirurgico Denominatore: numero interventi su sei mesi di sorveglianza
ATTESO 2012	Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Cardiocirurgia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Ortopedia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Chirurgia Generale
OSSERVATO 2012	Cardiocirurgia: studio in corso termine follow - up ad un anno dall'intervento (dicembre 2013) Ortopedia: studio in corso termine follow - up ad un anno dall'intervento (dicembre 2013) Chirurgia Generale: presente
ATTESO 2013	Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Ortopedia Presenza di tasso di incidenza delle ISC in Chirurgia Generale
STRUTTURE	Ortopedia e Chirurgia Generale

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO 1	(Indicatore n°11 - Manuale indicatori reg. Piemonte) L'Azienda ha in atto una sorveglianza delle infezioni da <i>C. difficile</i> E' disponibile un monitoraggio degli accertamenti richiesti da pazienti esterni e ricoverati e un dato aziendale di riferimento che descrive la situazione endemica.
OBIETTIVO SPECIFICO 2	(Indicatore n° 12 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi. Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle antibioticoresistenze nei pazienti ricoverati
OBIETTIVO SPECIFICO 3	(Indicatore n° 13 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Produzione annuale di un report sintetico sulle antibioticoresistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio
OBIETTIVO SPECIFICO 4 (2013)	(Indicatore n° 19 - Manuale indicatori reg. Piemonte) Frequenza di pazienti sottoposti a screening per <i>Klebsiella multiresistente</i>.
INDICATORE 1	Numeratore: numero test risultati positivi anno Denominatore: numero accertamenti richiesti anno
INDICATORE 2	Numeratore: Numero pazienti con isolamento di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi - anno Denominatore: Numero pazienti con isolamento di <i>Klebsiella</i> o <i>E.coli</i> - anno
INDICATORE 3	Numeratore: Numero di ceppi sensibili di una data specie batterica Denominatore: Numero di ceppi per specie batterica
INDICATORE 4 (2013)	Numeratore: Numero di pazienti sottoposti a screening per <i>Klebsiella multiresistente</i> anno Denominatore: Numero di pazienti ricoverati presso reparti a rischio anno
OSSERVATO 2012 Indicatore 1	8,05%
OSSERVATO 2012 Indicatore 2	<i>K.pneumoniae</i> Resistenti 47% , <i>E.coli</i> 0%
OSSERVATO 2012 Indicatore 3	Vedere tabella allegata
STRUTTURA	Laboratorio Analisi

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle infezioni nelle Terapie Intensive
INDICATORE 1	(Indicatore n° 7 - Manuale indicatori reg. Piemonte) disponibilità di tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni di cvc
INDICATORE 2	(Indicatore n° 7 - Manuale indicatori reg. Piemonte) disponibilità di tasso di incidenza di VAP /1000 giorni di ventilazione assistita
ATTESO 2012 Indicatore 1 e 2	Disponibilità tasso di incidenza
ATTESO 2013 Indicatore 1 e 2	Disponibilità tasso di incidenza
OSSERVATO 2012 Indicatore 1	1,57 incidenza batteriemie/ 1000 giorni di cvc
OSSERVATO 2012 Indicatore 2	1,02 incidenza VAP /1000 giorni di ventilazione assistita
STRUTTURE	Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare, Anestesia e Rianimazione Generale

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO 1	Le Aziende hanno in atto una sorveglianza degli incidenti a rischio biologico negli operatori sanitari. Le Aziende attivano interventi per incrementare il livello di prevenzione (Indicatore n° 9 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
OBIETTIVO SPECIFICO 2 (2013)	Stima della copertura immunitaria per morbillo, rosolia varicella negli operatori (Indicatore n° 18 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORE 1	numeratore: numero incidenti percutanei denominatore: numero posti letto o numero operatori
INDICATORE 2 (2013)	Relazione con descrizione delle modalità di attuazione della stima della copertura vaccinale ed eventuale report
ATTESO 2012 Indicatore 1	disponibilità del tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori per l'anno 2011 con sistema SIOP
ATTESO 2012 Indicatore 2	Sono monitorate tutte le attività previste dal "Pacchetto Preventivo SIOP"
OSSERVATO 2012 Indicatore 1	3,1% percutanee (34/1100); 1,7% mucocutanee (19/1100); 4,8% incidenti totali (53/1100).
OSSERVATO 2012 Indicatore 2	1) <i>registrazione su base informatica dei dati di sorveglianza con il nuovo software SIROH: Sì;</i> 2) <i>report annuale ai reparti sugli incidenti occupazionali evitabili: tramite la riunione annuale della sicurezza (27 novembre 2012)</i> 3) <i>in attesa della gara federale di acquisto dei NPD, organizzazione del corso di corretto utilizzo degli aghi di sicurezza come previsto dal progetto coordinato dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive di Roma (previsione 150 partecipanti, 6 edizioni, prima data 25 febbraio)</i> 4) <i>annuale rivalutazione del rischio specifico per TB</i>
ATTESO 2013 Indicatore 1	disponibilità del tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori per l'anno 2011 con sistema SIOP
ATTESO 2013 Indicatore 2	Presenza di relazione con descrizione delle modalità di attuazione della stima della copertura vaccinale ed eventuale report
STRUTTURA	Medicina del Lavoro

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani Consumo gel idroalcolico (Indicatore n° 10 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORE	Numeratore :Numero di litri di gel idroalcolico Denominatore: giorni di assistenza
OSSERVATO 2010	Consumo di 5,7 litri per 1000 gg di assistenza
OSSERVATO 2011	Consumo di 9,36 litri per 1000 gg di assistenza
ATTESO 2012	20 litri ogni mille giorni di assistenza
OSSERVATO 2012	14,1 litri ogni mille giorni di assistenza (obiettivo raggiunto per: Rianimazione generale, Rianimazione Cardiovascolare, UTIC e Cardiochirurgia, Pronto Soccorso, Laboratorio Analisi, Radiodiagnostica)
ATTESO 2013	20 litri ogni mille giorni di assistenza
STRUTTURE	Tutte

ARGOMENTO	Tutela della salute di operatori e pazienti
PROBLEMA	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
RIFERIMENTO	Nota regione Piemonte Prot. n° 7683/DB 2001 del 14.03.2011 "Infezioni correlate all'assistenza. Trasmissione prospetto indicatori 2011" e aggiornamento 2012
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto degli standard stabiliti dal sistema regionale degli indicatori
OBIETTIVO SPECIFICO	Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione dell'uso di antibiotici attraverso un programma di Antibiotico-stewardship (Indicatore n° 14 - Manuale indicatori reg. Piemonte)
INDICATORI	All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. L'indicatore descrive l'attuazione della strategia che si articola in: <ol style="list-style-type: none"> (1) Definizione di una scheda di richiesta motivata su base locale (2) Definizione della lista antibiotici monitorati; (3) Analisi di richieste motivate (4) Esame delle cartelle cliniche ed audit con clinici affinché l'ospedale possa identificare le proprie priorità di intervento
OSSERVATO 2010	Identificazione formale del Gruppo Operativo
OSSERVATO 2011	Definizione scheda richiesta motivata Definizione lista antibiotici monitorati Analisi di 200 schede di richiesta motivata
ATTESO 2012	1) Produzione di report relativo all'analisi delle richieste motivate (almeno 200) 2) Esecuzione di audit (almeno uno per dipartimento) 3) La farmacia monitorizza i consumi degli antibiotici individuati, espressi in DDD/100 giorni-paziente e produce un Report sui consumi.
OSSERVATO 2012	1) report prodotto: schede analizzate n. 195 2) esecuzione di audit nei dipartimenti DEA, Chirurgico e Oncologico 3) report allegato
ATTESO 2013	1) Produzione di report relativo all'analisi delle richieste motivate (almeno 200) 2) Esecuzione di audit (almeno uno per dipartimento) 3) La farmacia monitorizza i consumi degli antibiotici individuati, espressi in DDD/100 giorni-paziente e produce un Report sui consumi.
STRUTTURE	Tutte